

H1N1 PATIENT CHART RECORD - SPANISH



STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
HEALTH DIVISION
IMMUNIZATION PROGRAM
4150 Technology Way, Suite 210
Carson City, Nevada 89706

Telephone: (775) 684-5900 · Fax: (775) 883-4732 OR (775) 883-3768

| FACILITY CONTACT INFO (please print) | |
|--------------------------------------|------------------------|
| Facility Name: | Facility Address: |
| Name of Facility Representative: | |
| Pin Number: | Facility Phone Number: |

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | |
|--|--|--|
| Apellido: | Nombre: | Fecha de Nacimiento: <input type="checkbox"/> No Disponible (mm/dd/aaaa) |
| Género: (marque uno) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Dirección Postal: <input type="checkbox"/> No Disponible Calle: Ciudad, Condado, Estado, Código Postal: | Dirección Física: <input type="checkbox"/> No Disponible Calle: Ciudad, Condado, Estado, Código Postal: |
| Numero de Teléfono: () | | |
| Estado, País de Nacimiento: | Grupo de Prioridad: (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Mujer Embarazada <input type="checkbox"/> Contacto familiar o cuidadores de niños menores de 6 meses <input type="checkbox"/> Personal de servicios médicos y emergencia <input type="checkbox"/> 6 meses - 18 años de edad <input type="checkbox"/> 19 hasta los 24 años de edad <input type="checkbox"/> 25 - 64 años de edad con condiciones medica subyacentes. Identificar Tipo de Condición: _____ | Etnicidad: (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Para Niños solamente (nacimiento-18 años) Nombre completo de la madre: Nombre de soltera de la madre: | | Raza: (marque todas la que apliquen) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano American <input type="checkbox"/> Indio American /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido |

| VACCINES <i>Circle vaccine administered</i> | DATE GIVEN | DOSE # <i>Circle dose #</i> | LOT # | SITE <i>Circle site administered</i> | ROUTE |
|--|------------|--------------------------------|-------|---|---------------|
| MedImmune | | 1 2 | | Intranasal | Nasal |
| GSK | | | | Left Thigh Right Thigh Left Deltoid Right Deltoid Left Arm Right Arm | Intramuscular |
| CSL | | | | | |
| Sanofi | | | | | |
| Novartis | | | | | |

| VACCINE INFORMATION STATEMENT (VIS) | VACCINATOR | |
|--|----------------------------|-----------|
| DATE VIS GIVEN TO PATIENT | NAME & TITLE OF VACCINATOR | SIGNATURE |
| <input type="checkbox"/> Same as Vaccine Date m m / d d / y y y y | Name: Title: | |

| | |
|---|--|
| NEVADA STATE HEALTH DIVISION OFFICE USE ONLY: Date Form Received | Revised 10/2009 Date Recorded into Nevada WebIZ |
|---|--|